

常務理事	業務局長	部長	課長	係長	係員

平成 年 月 日申請

健康保険 被保険者・被扶養者加入資格証明申請書

1. 被保険者(被保険者であったもの)について、記入する欄(必ず記入してください)

現住所	〒 - (電話番号 - -)				
氏名	Ⓔ	生年月日	昭和・平成	年	月 日
事業所名称					
事業所所在地					
健康保険証 記号・番号	記号		番号		

2. 被扶養者(被扶養者であったもの)について、記入する欄

氏名	生年月日	続柄
	昭・平 年 月 日	
	昭・平 年 月 日	
	昭・平 年 月 日	
	昭・平 年 月 日	
	昭・平 年 月 日	

3. 証明書を必要とする理由の該当する□にレ印をしてください

健康保険の加入(脱退)手続きのため その他()

※ 被保険者(被保険者であったもの)が自筆した場合は、押印を省略できます。

※ 申請にあたり、返信用封筒(郵送料分の切手を貼ったもの)の添付をお願いいたします。

《送付先》

〒 111-0052
東京都台東区柳橋1-1-4
東日本プラスチック健康保険組合
TEL 03(3862)1055